

Commission permanente du 12 mars 2013

*****

Compte rendu

*

Présent-e-s : M. BARBIER Franck (Collège 1) ; M. DENIAU Lionel (C. 5) ; Mme DEVICTOR Bernadette (Présidente, C. 3) ; M. DUCIMETIERE Pierre (C. 8) ; Mme FOUCHER Catherine (C. 4) ; M. GARROS Bertrand (C. 3) ; Mme LAMBERT Marianick (C. 2) ; Mme MEYER-MEURET Christine (C. 5) ; M. PERROT Vincent (C. 2) ; M. Michel REGEREAU (C. 5) ; Mme ROCHETTE Aurore (C. 7) ; M. RUSCH Emmanuel (Président de la C.S.D.U., C. 6) ;

En visioconférence : M. CAMATCHY Serge et Mme CHANE-HIME Brigitte (C. 3)

Excusé(e)s : Mme CADENEL Annie et M. FAURE Jean-Louis (Collège 6) ; MM. CHASSANG Michel et WILTHIEN François (C. 7) ; MM. DUPUIS Yves-Jean et CAUSSE David (C. 7) ; M. FAU Yvon (C. 3) ; Mme MARTIN-DECHANET Jocelyne (C. 6) ; Mme NGOMBET-BITOO Madeleine (C. 1) ; M. SALOMEZ Jean-Louis (C. 3) ; Mme TENENBAUM Françoise et M. FREYSZ Marc (C. 3) ;

Direction générale de la santé/ Secrétariat général : Mme GOLINELLI

Secrétariat général de la C.N.S. : M. VISCONTINI

Cette réunion est organisée en visioconférence avec les représentants de la C.R.S.A. de La Réunion.

1. Validation du compte-rendu de la réunion du 12 février 2013

Le compte-rendu de la précédente réunion est validé.

Un message a été adressé le 1er mars 2013 à tous les présidents de CRSA pour recueillir des informations sur les consultations en région et département sur le pacte territoire santé. Une synthèse des réponses reçues sera réalisée ultérieurement (seules quelques réponses ont été reçues à ce jour).

2. Contribution de la C.N.S. à la stratégie nationale de santé et au débat public (cf. note du 01.02.13 au cabinet) et rencontres de la Présidente avec Alain Cordier et Denis Morin le 27 février 2013

La Présidente fait part de ses rencontres du 27 février 2013. La stratégie nationale de santé se déroulera sur l'ensemble de la mandature ; toutefois, deux échéances sont fixées à court terme : la loi sur la dépendance (fin 2013) et la loi de santé publique (début 2014). La perspective est d'identifier les leviers pour lever les obstacles à l'évolution du système de santé. La volonté est d'être très proche des acteurs de terrain et de leurs attentes. M. Alain Cordier souhaite avoir des relations très étroites avec la CNS, qui est en lien avec les CRSA et les conférences de territoire. La Présidente indique qu'il y a

une volonté manifeste du ministère d'associer la CNS à l'élaboration de la stratégie nationale de santé, dans le cadre d'un processus de concertation au long court.

3. Adoption du projet de rapport 2012 sur les droits des usagers

Emmanuel Rusch présente une nouvelle version du projet de rapport sur les droits des usagers, qui avait été adressé fin février aux membres de la commission permanente pour observations.

Les remarques reçues des membres portaient essentiellement sur la partie relative à la synthèse des rapports des CRSA. Il s'agit plus d'ajouts de forme que de contenu : ainsi, des exemples ont été intégrés au rapport, pour donner du corps et de la visibilité aux rapports transmis par les CRSA.

Quelques modifications ont également été apportées aux recommandations, notamment les recommandations 1.3 et 2.4. Par ailleurs, parmi les recommandations de la CNS, celles qui peuvent faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation ont été identifiées (l'objectif est de pouvoir faire une évaluation de la mise en œuvre de celles-ci à échéance juin 2014).

Les observations des membres de la commission permanente portent sur les éléments suivants :

- Il convient de formuler autrement la recommandation 1.1 relative à la création d'une nouvelle commission de coordination, car l'objectif est plus de préconiser une meilleure articulation entre les secteurs sanitaire et social que la création d'une commission en tant que telle ; ainsi, pourrait être préconisée la redéfinition des missions et de la composition des commissions de coordination existantes ;
- Il est noté que l'inter-sectorialité (recommandation 1.3.) dépasse la seule articulation entre le sanitaire et le social, en intégrant la santé dans toutes les politiques publiques ;
- Sur la recommandation 2, il est précisé qu'un observatoire n'est pas nécessairement une structure ; cependant, les membres préfèrent parler d'une « mission d'observation et d'évaluation » ;
- Sur la recommandation 2.4 (effectivité de l'accès aux bases de données en santé), les membres mettent en avant le fait que ces bases doivent être rendues utiles aux acteurs du système (ce qui n'était pas leur destination au départ ; le SNIIRAM ne répond pas aux besoins d'études épidémiologiques des chercheurs par exemple) et que l'accent doit être mis sur l'effectivité de l'accès (les requêtes sont très difficiles à exécuter et induisent des coûts importants). Il convient également de préciser que l'utilisation des bases soit effectuée dans le cadre des droits des usagers mais aussi dans leur intérêt, pour améliorer le parcours de santé.

Le projet de rapport sera adressé aux membres de la CNS pour adoption en assemblée plénière le 2 avril. La Présidente remercie vivement M. Rusch qui a repris les travaux d'élaboration du rapport sur les droits des usagers en cours, depuis son élection en octobre dernier.

Sur le projet de guide de la DGOS sur les droits des usagers de la santé

A la suite du courrier de M. Rusch relatif aux réserves émises sur le projet de guide de la « droits des usagers de la santé : mode d'emploi », M. Debeaupuis, Directeur général de l'offre de soins (DGOS), a répondu par lettre du 28 février 2013.

Néanmoins, la CSDU, qui a reçu ce matin des représentantes de la DGOS, estime que le dialogue reste difficile, dans la mesure où les réponses aux critiques de la CNS ne sont pas suffisamment claires (à qui est destiné ce guide ? que veut le ministère en matière de médiation ? quel sens le ministère donne-t-il au terme usager ?). Il est convenu que le président de la CSDU réponde au DGOS que la CNS ne pourra pas donner un avis favorable au projet de guide qui lui est soumis lors de sa prochaine réunion

du 9 avril, celui-ci nécessitant des échanges plus avancés entre les représentants du ministère et ceux de la CSDU.

Sur les relations avec l'Institut droit et santé

La CNS fera part de son désappointement dans la mise en œuvre du partenariat qui la lie à l'Institut droit et santé, tant sur la qualité des travaux transmis que sur les délais de remise des productions.

Sur la consultation sur le document de travail sur la fin de vie du Conseil de l'Europe (voir la saisine du 25 février 2013)

La Conférence nationale de santé a été saisie par le Conseil de l'Europe sur un projet de guide sur les processus décisionnel relatif aux traitements médicaux dans les situations de fin de vie. Le Conseil de l'Europe est une institution intergouvernementale (47 Etats membres) qui s'inscrit dans la promotion de l'Etat de droit, de la démocratie et des droits humains. Les textes adoptés dans ce cadre sont des textes conventionnels, qui s'appliquent aux Etats membres. En 2011, le Conseil de l'Europe a adopté la convention relative à la biomédecine (Oviedo), au sein de laquelle il y a un corpus sur les droits des malades.

Pour une meilleure application des textes internationaux qu'il adopte, le Conseil de l'Europe a souhaité réaliser des guides de mise en œuvre. Le projet de guide soumis à l'avis de la CNS porte sur le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux dans les situations de fin de vie ; il ne s'agit pas de traiter de telle ou telle situation particulière (euthanasie, suicide assisté…), mais de définir le plus petit dénominateur de ces situations de fin de vie.

Le guide a été élaboré par une équipe présidée par Regis Aubry, président de l'observatoire de fin de vie, et composée d'un réanimateur, d'un médecin psychiatre et d'une juriste ; fruit de 18 mois de travail, il a été présenté plusieurs fois devant le comité plénier du Conseil de l'Europe. Les délégations nationales sont appelées à faire part de leurs observations. Il a aussi été transmis aux représentants des médecins et des usagers. La CNS est une des instances qui peut avoir un regard profitable sur ce document, compte tenu de son regard pluridimensionnel. Les observations seront récoltées pour la fin avril, et présentées au comité plénier du mois de juin, pour une adoption du guide pour la fin de l'année 2013.

4. Etat des lieux des travaux du groupe de travail sur les solidarités du système de santé

Christine Meyer présente les résultats du questionnaire sur les solidarités (voir sur l'extranet : http://www.sante.gouv.fr/groupe-de-travail-criteres-et-fonctionnement-de-la-solidarite,11815.html).

Il est décidé de laisser le questionnaire ouvert jusqu'au 22 mars (une relance sera réalisée le 18 mars) ; a ce jour, seuls 60 membres de la CNS ont répondu au questionnaire.

Un premier projet de plan de l'avis est également proposé aux membres de la commission permanente (voir annexe), qui ne fait pas l'objet de remarques particulières. Les rapporteurs sont donc invités à entamer la rédaction du projet d'avis sur cette base.

Il est indiqué que l'élaboration de l'avis doit s'inscrire dans le cadre des réflexions et projets en cours du Gouvernement : le projet de loi dépendance (fin 2013), le projet de loi santé publique (début 2014), la refonte de la loi HPST à la suite du rapport Couty, la stratégie nationale de santé. L'avis de la CNS sur les solidarités sera construit sur le modèle d'une grille de lecture à partir de laquelle la CNS pourra porter une appréciation sur chacun de ces projets du Gouvernement.

Les résultats intermédiaires du questionnaire seront présentés en assemblée plénière de la CNS le 2 avril 2013. Le projet d'avis sera mis à l'ordre du jour de la prochaine commission permanente du 9 avril.

5. Etat des lieux des travaux du groupe de travail « autonomie » (cf. lettre du 14.11.12 de saisine du Cabinet de Mme DELAUNAY)

Le groupe de travail « autonomie » s'est réuni le 26/02 et a auditionné :
- M. Anghelou, chef du bureau de la protection des personnes à la direction générale de la cohésion sociale, sur la protection juridique des majeurs
- Mme Lyazid, adjointe au Défenseur des droits, sur les discriminations envers les personnes en perte d'autonomie.

La prochaine réunion aura lieu le 25/03 en présence de :
- M. Serre (Conseil général de la Corrèze) sur l'expérimentation des maisons départementales de l'autonomie;
- M. Gohet (IGAS) sur sa mission relative au vieillissement des personnes handicapées.

Pour plus d'informations et des ressources sur ce GT (extranet) : http://www.sante.gouv.fr/groupe-de-travail-autonomie-titre-provisoire.html

6. Examen de la note problématique sur la crise

Bertrand Garros présente un projet d'avis sur la prise en compte de la crise économique sur les priorités et la politique de santé (voir sur l'extranet : http://www.sante.gouv.fr/reunion-de-la-commission-permanente-du-12-03-13.html).

Les membres de la commission permanente font part des observations suivantes :
- Intégrer dans le texte la formule : « Surmonter la contradiction entre la solidarité des financements et l'individualisme des comportements » ;
- Dans la hiérarchisation des plans, faire une distinction temporelle entre les plans nationaux (10 ans) et régionaux (5 ans) ; les plans nationaux seraient l'objet d'un consensus large, pour une longue période ; les plans régionaux devraient ensuite pouvoir intégrer ces plans nationaux ;
- Recommander la réduction des plans et schémas encore trop nombreux ; les PRS actuels sont illisibles ; il faut inviter au décloisonnement entre les schémas (prévention, offre de soins, médico-social), et aller vers un seul schéma, comme il n'y a qu'une seule ARS en région ;
- Articuler cet avis avec celui sur les solidarités.

Il est suggéré que ce texte, une fois adopté par la CNS, soit publié sous forme de tribune presse.

Les membres de la commission permanente sont invités à faire part de leurs observations sur ce texte avant le 19 mars ; le projet d'avis sera ensuite adressé aux membres de la CNS pour adoption lors de l'assemblée plénière du 2 avril.

7. Echanges avec Monsieur Alain Cordier, président du comité des sages pour la stratégie nationale de santé

La commission permanente de la CNS accueille M. Alain Cordier, au titre de sa présidence du comité des sages pour la stratégie nationale de santé. Pour voir la lettre de mission de M. Cordier (extranet : http://www.sante.gouv.fr/reunion-de-la-commission-permanente-du-12-03-13.html).

Alain Cordier souligne l'importance du lien entre les travaux de la CNS et les réflexions conduites par le comité de sages ; c'est la raison pour laquelle il a saisi la première occasion pour venir échanger avec les membres de la commission permanente. Il précise qu'il se sent profondément en phase avec les interventions précédentes de Mme Meyer et de M. Garros, en particulier sur les notions de coordination et de parcours de santé.

Sur la stratégie nationale de santé, Alain Cordier estime que la réflexion est très largement partagée entre les différents acteurs de santé (usager, professionnel, régulateur), qui font face à plusieurs défis comme :
- La chronicité ;
- L'inégalité d'accès aux soins ;
- L'intégration du progrès technique ;
- Le financement durable, dans le cadre d'une prise en charge solidaire ;
- La capacité de répondre à la revendication de l'égalité et le besoin de réponses personnalisées.

Le point central est de chercher à articuler entre elles les bonnes compétences au bon moment. C'est la logique du parcours ; non pas le parcours de soins au sens de la loi du 9 août 2004, mais le parcours de vie et de santé de la personne, de la prévention jusqu'à la fin de vie. Il faut aller vers le croisement entre la verticalité des compétences et l'horizontalité des pratiques. Un parcours sans ruptures cela contribue à un « mieux soigner », une meilleure prise en charge : la littérature nous le dit abondamment ; mais c'est aussi un « mieux dépenser ». C'est le pari stratégique du comité des sages.

Ce pari suppose sans doute :
- De revisiter nos formations (non seulement développer mes compétences, mais aussi me préoccuper des autres compétences que la mienne) ;
- De reconnaître le malade-usager comme codécideur de son état de santé ;
- De prendre en compte les aidants naturels, au même titre que les aidants professionnels ;
- De développer les échanges d'informations entre les différents acteurs ;
- De repenser les modalités de rémunération des professionnels et la tarification ;
- De remettre en cause ce qui apparaît souvent comme une frontière (généraliste / spécialiste, ville / établissements, sanitaire / médico-social) ;
- D'identifier les ruptures dans la prise en charge des parcours.

Pour la réalisation la stratégie nationale de santé, Alain Cordier précise que le comité des sages n'est ni décideur, ni législateur, ni négociateur. Il se situe entre deux : ne pas faire un énième rapport sur le système de santé, ni même organiser des Etats généraux de la santé, mais se situer en amont de la phase de décision, de régulation, de négociation, pour préparer et impulser.

Alain Cordier souligne en outre l'existence du pilotage administratif de la stratégie nationale de santé par le secrétariat général du ministère des affaires sociales.

Le comité des sages souhaite :
- Prendre appui sur les différentes initiatives locales (réseaux, centres de santé, maisons de santé, etc.) pour repérer les obstacles et les leviers ;
- Passer d'une série d'initiatives locales de parcours vers une médecine de parcours intégrant le « *cure* » et le « *care* ».

Le comité des sages a identifié 3 volets pour structurer l'action :
- ***La réflexion partagée*** : faire en sorte que chacun participe à la réflexion partagée ; la CNS dispose de la particularité de mélanger plusieurs approches, plusieurs points de vue, et c'est en particulier à ce titre que Alain Cordier souhaite avoir des échanges réguliers avec la CNS ;

- ***La cohérence dans la multiplicité des initiatives*** : repérer les points communs (les obstacles qui empêchent d'aller plus loin, ou les bons leviers) et mettre en articulation des initiatives différentes et pas nécessairement convergentes ;
- ***Les sauts créatifs*** : penser autrement, imaginer comment on peut évoluer, aller plus loin ; d'ici à la fin mai, des ateliers créatifs seront mis en place pour identifier ces points de progrès. La CNS y sera représentée. Les résultats de ces ateliers pourront être présentés à la CNS.

La stratégie nationale de santé s'inscrit dans le long terme ; il s'agit d'avoir une vision vers laquelle cheminer, tout en poursuivant les activités quotidiennes. Il convient de disposer d'une réflexion partagée et d'identifier des convergences. Cela nécessite une forte ambition collective pour mieux soigner et mieux dépenser ensemble, et en même temps une grande modestie car la dynamique doit être collective.

Echanges avec les membres

B. Devictor précise que la CNS est connectée aux CRSA et peut organiser des travaux partagés. Parmi les missions de la CNS et des CRSA, le débat public est une dimension à prendre en compte dans la réflexion pour la stratégie nationale de santé. Ainsi, pourrait émerger une approche parcours du point de vue des acteurs, des CRSA, à côté de l'approche repérée par les ARS.

Les échanges avec les membres font ressortir les interrogations suivantes :

- Aux côtés du parcours de santé de la personne, comment organiser le « parcours médical » : rapport entre les temps collectifs des professionnels, de coordination, de la formation, du colloque singulier avec les patients, etc. ?

- Quelle articulation de la stratégie nationale de santé avec le document de réflexion sur la politique nationale de santé à l'horizon 2025, sur lequel la CNS a été saisie en 2011 et qui semble être complètement oublié par le nouveau Gouvernement ? Plus largement, comment construire un consensus au-delà des échéances électorales, qui ne soit pas remis en cause à chaque changement de Gouvernement ? Comment faire suffisamment consensus pour s'inscrire dans la durée ?

- Comment sortir de la logique d'expérimentation, sans cesse remise en cause, et passer au prototype, au banc d'essai ? comment passer à l'expérience industrielle issue d'une décision stratégique ? comment faire participer tous les acteurs, pour mobiliser même les moins convaincus ?

- Comment structurer un secteur par les besoins plutôt que par les financements disponibles ? au-delà, comment définir un ordre de priorité des besoins quand tous ne peuvent pas être financés ? ; le budget doit traduire une stratégie, un choix et non l'inverse ;

- Comment impliquer les jeunes dans la démarche de solidarité ? ; il faut engager une réflexion sur les valeurs collectives ; la solidarité biens portants – malades est un socle fondateur pour la société française, une valeur structurante du vivre ensemble; ce socle fondateur doit être préservé ;

- Comment lever les freins liés à l'inertie des institutions ? comment les institutions elles-mêmes intègrent –ou non- la notion de solidarité ?

Alain Cordier est invité à revenir échanger avec les membres de la commission permanente, peut-être dans un format élargi. Il pourra également venir à l'assemblée plénière de la CNS du 18 juin pour présenter les premières orientations du comité des sages.

8. **Adoption du projet d'ordre du jour de l'assemblée plénière du 2 avril 2013**

Le projet d'ordre du jour de l'assemblée plénière du 2 avril pourrait comporter les points suivants :

- Intervention de la DGOS et de la DGS ;
- Adoption du rapport sur les droits usagers ;
- Adoption de l'avis sur la crise économique ;
- Présentation des résultats du questionnaire sur les solidarités.

9. **Questions diverses**

La Conférence nationale de santé doit identifier le thème de son débat public qui serait organisé en fin d'année ; le ministère de la santé lui propose de réfléchir sur un événement intégrant la thématique de la santé des jeunes. Les membres échangent sur les différentes approches du débat public, qui pourrait porter sur la façon dont les jeunes perçoivent la solidarité aujourd'hui, en particulier la solidarité intergénérationnelle.

Annexe

Projet de plan de l'avis sur les solidarités
(en s'appuyant dans les différents items sur les résultats au questionnaire)[2]

Introduction : la CNS s'est auto-saisie de la question des solidarités en santé : (rappel lettre de mission)
Des réformes à venir : dépendance, hôpital, stratégie nationale de santé : la CNS construit des axes de positions,
L'objectif de l'avis : constituer sur la base du bilan et de l'expression des avis des membres, un corpus de principes et recommandations sur la définition, la place et les enjeux des critères de solidarité dans les choix d'évolution du système de santé.

1 Le système social et le système de santé ont été construits sur des principes très forts de solidarité

1.1 Une longue tradition solidariste qui jalonne le 20ème siècle et fonde la création de notre protection sociale, mais plusieurs conceptions du « contrat social » :

a. Solidarité et liberté
b. Solidarité et égalité
c. Solidarités intergénérationnelles et de proximité

1.2 Deux principes majeurs qui fondent l'assurance maladie et la prise en charge des risques liés à la santé

b. La solidarité selon les revenus
a. La solidarité entre malades et biens portants

1.3 Il en résulte :

- un système obligatoire, devenu universel en l'an 2000, où :
- le bénéfice des prestations est déconnecté des ressources
- les contributions ne sont pas liées au niveau de risque et de besoin.

1. Mais un système centré sur la prise en charge des soins,
   i. Au détriment de la prévention
   ii. Avec des ruptures fortes quand il faut intégrer d'autres formes de besoins
2. Les autres pans du système de santé relèvent aussi de principes majeurs qui déclinent le caractère universel et non contributif de la réponse aux besoins de santé, néanmoins :
   - Le bénéfice des prestations est lié à une définition plus personnalisée des besoins
   - La constitution des ressources pour partie par l'ONDAM, pour partie par des dotations, et une gestion très différente des ressources (déconcentration)
   - Des prestations complémentaires maladies reconnues, sous conditions de ressources (CMU-C/ACS) financées par les cotisations complémentaires

2 Le bilan des solidarités :

2.1 L'attachement aux principes est confirmé dans les réformes conduites

1) Les acquis des systèmes :

- La solidarité fondamentale entre malades biens portants n'a pour l'instant pas été remise en cause.
- Un système de financements obligatoires par l'impôt ou des cotisations, proportionnel aux ressources.
- L'universalité des droits et des devoirs résulte à la fois de la séparation de ces principes et de l'obligation faite à chacun.

2. Les réformes qui préservent la justice, au prix parfois d'une certaine opacité ou de complexité :
   - La création de la CNSA ne s'est pas traduite par le cantonnement des personnes présentant des risques et situation de handicap et perte d'autonomie
   -

2.2 Le système de solidarité est fragilisé pourquoi, comment ?

3. Le système solidaire est fragilisé par la difficulté récurrente de résorber les déficits : les politiques sont conduites pour réduire les déficits plutôt que pour mener des politiques dans l'intérêt des cotisants et des usagers :
   - Des réponses contradictoires avec les solidarités : L'inefficience, les difficultés financières, les solutions de courte vue (dépassements, transferts),
   - Mythe et réalité de la fraude, la revendication individuelle, le sentiment que j'y ai droit, la remise en cause des prélèvements obligatoires
4. Résultant de plusieurs décennies de choix, la réponse aux besoins de santé a juxtaposé des institutions, des modes de financement, qui répondent a des logiques différentes : les institutions sont multiples, les personnes uniques ;
   - Des ruptures dans la prise en charge des parcours qui décrédibilisent le fonctionnement solidaire :
   - Inégalités de traitement et Risques d'arbitraire,
   - La juxtaposition des métiers et des compétences au détriment de la coopération : chacun dans son domaine.
   -
5. La stricte égalité peut poser des problèmes de justice :
   - Les restes à charge des personnes sont les mêmes pour tous, mais ne pèsent pas de la même façon selon les situations ;
   - La création des ARS : comment affronter les inégalités territoriales / inégalités de santé.

2.3 De nouveaux enjeux :

- Nouveaux enjeux pour le système de solidarités : sociaux, économiques et territoriaux : comment les insérer dans le système de solidarités ?
  - sociaux : faire face à la pauvreté et aux inégalités,
  - économiques : Solidarité et marché : comment être efficaces dans le système solidaire et solidaire dans le système concurrentiel
  - territoriaux :
- Nouveaux enjeux de solidarités pour les personnes : De nouveaux besoins, des besoins spécifiques, comment y répondre ?
  - Faire valoir les droits

    - Prise en compte des situations des personnes :
        1. Protocoles de soins et personnes désinsérées,
        2. Au-delà des droits l'accès aux soins et aux services
    - La démocratie sanitaire
- Nouveaux enjeux pour les professionnels et les institutions :
    - Question de la pluridisciplinarité, des coopérations , de la coordination
    - Les réseaux professionnels, les maisons de santé, l'hôpital, les centres de santé : y'a-t-il des organisations plus solidaires que d'autres ?

3 Propositions de la CNS :

3.1 Les principes des choix de solidarités de demain :

- L'égalité de traitement
- L'efficacité
- La transparence
- La prise en compte des situations des personnes

3.2 Ajuster, redéployer ou étendre les solidarités en santé ?

3.3 Construire des parcours de santé solidaires

- Mieux articuler des instances nationales, des droits pour tous, et des responsabilités décentralisées et déconcentrées : exemples
- De nouvelles solidarités intergénérationnelles : tenir compte des difficultés des jeunes, du nombre de PA : exemples,
- Lutter contre la précarité dans le cadre solidaire (les mêmes droits pour tous) : exemples
- Définir des règles qui ne soient pas que des obligations, mais aussi des cadres contractuels pour les acteurs de marché : exemples,
- Associer : (quelles propositions, qui aillent dans le sens de renforcer le système solidaire (les solidarités ?) : exemples
    - les professionnels
    - Les usagers et les aidants,
    - Les autres financeurs
    - Les représentants des patients, des cotisants,